

A MAGYAR SEBÉSZTÁRSASÁG

1921. SZEPTEMBER 14., 15. ÉS 16-ÁN
A BUDAPESTI KIR. MAGYAR TUD.
EGYETEM II. SZ. SEBÉSZETI KLINIKÁ-
JÁNAK TANTERMÉBEN TARTOTT

NYOLCADIK NAGYGYŰLÉSÉNEK JEGYZŐKÖNYVKIVONATA.

A KIVONATOLÁST AZ EREDETI JEGYZŐ-
KÖNYV ALAPJÁN A II. SZ. SEBÉSZETI KLINIKA
ORVOSAI VÉGEZTÉK.

BUDAPEST
A MAGYAR SEBÉSZTÁRSASÁG KIADÁSA

1923.

MAVIZI, F. G. SZ. -- TITELKÖNYV -- KIRALYI HATÁROZAT -- KIRALYI HATÁROZAT -- KIRALYI HATÁROZAT

A MAGYAR SZÉPESZTÁRSASÁG

1881. SZEPTEMBER 14. ÉS 15. KÖNNYŰ
A BUDAPESTI KIR. MAGYAR JÓZSEF
KÖNYVTÁRA SZÁMOSZÁRMAZSA
JANAK KÖZTARTÁSÁVAL TARTÓTT

NYOLCADIK NAGYGYŰLÉSENEK JEGYZŐKÖNYVÁRÁVONATA

A KÖNYVTÁRRAZÁS ÉS KÖNYVTÁRSZÁLLÁS
KÖNYVTÁRSZÁLLÁS ÉS KÖNYVTÁRSZÁLLÁS
KÖNYVTÁRSZÁLLÁS ÉS KÖNYVTÁRSZÁLLÁS

I. TUDOMÁNYOS ÜLÉS.

HABERERN J. PÁL ELNÖKI MEGNYITÓJÁNAK KIVONATA.

Tisztelt Nagygyűlés!

A Magyar Sebésztársaság hétéves kényszerű szünetelése után újból felveszi tudományos működését és az igazgató-tanács, valamint a Budapesten tartózkodó tagjainak egy szűkebbkörű értekezletének határozata folytán f. évi szeptember hó 14., 15. és 16-án nagygyűlést tart, melynek főtárgyait az 1915. év tavaszára tervezett, de a már akkor meg nem tartott nagygyűlésre kitűzött következő két kérdés és azok megvitatása fogja képezni:

1. A végtagok complicált és elhanyagolt törésének kezelése.
2. A prostata sebészete.

Röntgen korszakalkotó felfedezésének huszonötéves évfordulója alkalmából ezen tárgyra vonatkozó általános ismertető előadások megtartását *Elischer Gyula* és *Kelen Béla* tagtársaink vállalták el.

Tisztelt Uraim!

Utolsó kongresszusunk a következő kongresszus elnökévé *Fráter Imre* nagyváradí sebészfőorvost választotta meg. De mert ő megszállott területen lakik s az elnöki állással járó terheket onnét nem vállalhatta, az elnökségről lemondott s így alapszabályaink értelmében az igazgató-tanács legrégibb tagját illeti az elnöki tisztség. Ez *Dollinger* tanár urat illette volna meg, mivel azonban ő már mint egyik kongresszusunk elnöke szerepelt, ezen kötelesség reám hármlott. Kérem szíves el-

nézésüket, ha ezen hét éves szünet után az újramegindítás nehézségeivel nem küzdöttem meg esetleg kívánságuk szerint, annál inkább, mert a nagygyűlés előkészítésére a szokásos egy év helyett csak három hónap állott rendelkezésemre.

Örömmel jelentem azonban, hogy az érdeklődés — hála sebészeink ügyünk iránt való lelkesedésének — oly nagyfokú, hogy az eredetileg két napra tervezett nagygyűlést három napra kell kiterjesztenünk: 14., 15. és 16-ára. Ezen örvendetes bejelentésem mellett azonban szomorú kötelességemnek tartom a hét év alatt elhunyt tagtársainkról alfabetikus sorrendben megemlékezni:

Alexander Béla egyet. m. tanár, biztató példája a vidéki gyakorlatba vonult kartársnak, aki szorgalmas, tudományos kutatásai által a Röntgen-vizsgálatok terén oly érdemeket szerzett, hogy a budapesti egyetemre került, mint a Röntgen-laboratorium vezetője. 1916.

Bakó Sándor egyet. tanár, Új Szent János-kórházi főorvos, főleg urológiai sebészettel foglalkozott. Ő volt az első hazánkban, aki a perinealis prostatektomiákat végezte. 1916.

Balázs Dezső közkórházi főorvos, sebészi működésének jó eredményei által tűnt ki. 1919.

Csikos Sándor főorvos Debrecenben, többrendbeli közleménnyel gazdagította magyar sebész-irodalmunkat. 1916.

Donogány Zakariás egyet. m. tanár, mint a gégészeti szakorvosa szerzett magának jó nevet. 1917.

Fináli György gyermekkórházi főorvos, a szívsebészet terén is kitűnő technikája által tűnt ki. 1921.

Gebhardt Ferenc m. tanár, mint belgyógyász főorvos vett részt a kongresszusaink működésében. 1917.

Herczel Manó egyet. rk. tanár, egyik nagygyűlésünk volt elnöke, sokoldalú sebészeti ismeretei és gyakorlati jó eredményei által tette kedvelté magát a magángyakorlatban is. Czerny heidelbergi sebész tanítványa volt. 1918.

Hevesi Imre egyet. tanár Kolozsvár, az ottani egyetem egyik elismert kitűnősége, sajnos, önkézüleg vetett véget életének. 1921.

Hints Elek marosvásárhelyi igazgató-főorvos elismerésre méltó közleményekkel is szerepelt.

Irsay Artur egyet. rk. tanár és közkórházi igazgató, szintén mint gégész szerzett magának általános elismerést. 1918.

Nagy Pál igazg.-főorvos, Nagyszombat. Lelkesedéssel érdeklődött nagygyűlésünk iránt. 1915.

Navratil Imre egyet. tanár, közkórházi főorvos azon szerencsés helyzetben volt, hogy osztályáról több kitűnő és később is bevált sebész került ki. 1920.

Ónodi Adolf, a gégészet egyet. tanára, a sebészetbe vágó néhány közleménnyel is gazdagította irodalmunkat. 1919.

Reich Miklós főorvos, kitűnően berendezett Zander-intézete tette ismeretessé. 1918.

Schächter Miksa egyet. rk. tanár, főorvos, különösen mint eleven tollú sebészi író volt ismeretes. 1917.

Szalkai Melitta. A háború első éveiben megbízható segédjeként szerepelt egyes főorvosoknak. 1920.

Velits Dezső egyet. tanár, Pozsonyban mint szülész és nőgyógyász értékes munkát végzett a sebészet terén is. 1921.

Vladár Márton László nagy érdeklődéssel viseltetett a sebészi újabb mozgalmak iránt. 1920.

Wein Manó egyet. m. tanár, főorvos, aki sebészi tankönyvet is írt, közismert energiával fogott a sebészet minden újításához. 1917.

Widder Bertalan főorvos, a sebészet orthopaediai részével foglalkozott szélesebb körökben. 1920.

Widder Ignác bábaképzőintézeti igazgató Kassán, tudása és szakképzettsége által vált kedvelté működési körében.

Első főkérdés:

I. A végtagok complicált és elhanyagolt töréseinek sebészeti kezelése.

Referens:

Dollinger Béla (Budapest):

az izületek sebészi kezeléséről 157 műtét kapcsán kifejti, hogy a háborús álizületek legfőbb oka a lövési törések eltolódása és a csonttruncsolás következtében beállott csonthiány.

Bonn kórbonctani vizsgálatok alapján azt állítja, hogy az álizülettörés végeinek kialakulása teljesen a megterheléstől függ és ez a callusképződésre nagy befolyással van. Dollinger álizületet operál akkor, ha a sérülés elszenvedése óta 3 hónap elmúlt. A műtéti eljárások közül leginkább ajánlatosnak tartja a csontvarratot, defectussal bíró álizületnél pedig a csontátültetést. Kisebb gyógyulások és sipolyok a műtétet nem ellenjavallják. Fontos a műtét utáni utókezelés: massage és a végtag használata.

Koleszár László (Kolozsvár):

a hosszú csöves csontok friss és rosszul gyógyult töréseinek gyógyítására szolgáló újtypusú két spirálrugós portatív extensiós készülékről tartott bemutatásában ismerteti az összes csonttöréseknél alkalmazott eljárásokat. A sínkötések nem ajánlja; gipszkötések sem felelnek ma már meg az extensio követelményeinek, mert a rosszul gyógyult törések nagyrésze gipszkötésben jön létre. Ha ez az eset nem áll fenn, akkor is a gipszkötésbe foglalt szomszédos izületek újra mozgékonytételé nehezséget okoz. Az extensiós eljárásokat Bardenheuer, Zuppinger, Florschütz és Hackenbruch dolgozták ki részletesen.

Hints Elek (Marosvásárhely):

Adatok a spontan törések kórokának meghatározásához
címme klinikailag ostitis fibrosa cysticának diagnosztizált esetet mutat be, amit a szövettani vizsgálat is bizonyított. Fontosnak tartja minden kétes esetben a műtét által nyert anyag histológiai vizsgálatát abból a szempontból, hogy a törés tovább is mint törés kezelendő-e, avagy radicalis beavatkozás indikált.

Fischer Aladár (Budapest):

néhány, a gyermekkorban typusosan előforduló törés gyógykezelését tárgyalja. A claviculatörések supperiostealisak, vagy incompletek, melyek mitellával, vagy dislocatio esetén enyhe nyomás után Desault-kötéssel látandók el. A felkarcsont alsó törésénél kismértékű dislocatio esetén 6–7 napig felváltva flexiós és extensiós tartásban sinkötést alkalmazunk. Utána massage. Nagyobb dislocatióval járó friss extensiós fractura supracondylicánál legfontosabb az adaptatio narcosisban, utána extensiós kötés a könyökizület tompaszögű flexiójában, az alkar pronatio és supinatio közti középállásban. A nyújtás ragtapaszcsikkal és csigára alkalmazott súllyal történik. A nyújtás tartama húsz nap. Ha a repositio és fixatio vértelen úton nem sikerül, a műtét indikált. Legjobb az első hét végén operálni, mert akkor már a vérömleny felszívódott és a lágyrészek zsugorodása még nem következett be. A műtétet Kocher-féle resectiós metszésből végzi. Rosszul gyógyult törésnél a callust átvési, a hypertrophiás callust eltávolítja, egyesíti a törvégeket.

A fractura supracondylica T-, Y- és V-alakú töréseinél majdnem mindig operál, úgyszintén az ideglaesióknál.

A két condylus törése közül gyakoribb a condylus ext. törése. Ha a dislocatio kismértékű, váltakozó sínekkel kezeli. Ha a displ. nagyobb, Bardenhauer-féle hosszirányú extensiót ajánl. Ha az alsó törévg rotatiója van jelen, elkerülhetetlen a műtét. Kocher-féle resectiós metszésből a törvégeket szabaddá téve, az alsó törvéget visszafordítva, ezüstsodronnyal rögzíti. Ha ez nem sikerül, úgy Kocher szerint a törési darabot eltávolítja.

Az epitrochlea és epicondylus törései közül az előbbi gyakoribb. Csekély dislocatio esetén egyszerű sínkezelés. Nagyfokú

dislocationnál eltávolítja a levált epitrochleát vagy epicondylust. Megkísérelendő a visszaerősítés szögezéssel.

A fract. capituli humeri törései közül a fract. diacondylica tulajdonképpen epiphyseolysis. Kisfokú dislocationnál fixálásra nincs szükség, nagyfokú dislocationnál a levált eminentia capitata eltávolítása resectiós metszésből indicált.

Alkartörések a gyermekkorban incompletek és superiostealisak. Az incomplet törés narcosisban kompletté teendő. A rögzítés extensio és supinatioiban történjek, dorsalis volaris sínnel, három hétig. Rosszul gyógyult törést refracturál, ha ez nem sikerül, kettős osteotomiát végez.

A comb-diaphysis törései a középső harmadban fordulnak elő és ferdeirányúak. Haránt törés rachitisnél gyakori. Hosszirányú extensiót ajánl, csecsemőnél ezt felemelt végtagon alkalmazza. A felsőharmadbeli törésnél a végtagot a proximalis törvégnak megfelelően eleválja, abducálja és így extendálja. Alsóharmadbeli törésnél nem elég a hosszextensio. Narcosisban adaptálja a törvégeket, extensiós kötést alkalmaz a Zuppinger-féle hemiflexióban, súlyokkal, 6 hétig. Rachitikus, subperiostealis csontelgörbülésnél az elgörbült csontot kiegyenesíti és így rögzíti, ha ez nem elég, széttöri a csontot. Rosszul gyógyult törésnél a törési vonalnak megfelelően szétvési a callust.

Alszártörés. Tibia ferde törése a középső harmadban, vagy a középső és az alsó harmad határán. A beteget hasra fektetve circularis gipszkötést alkalmaz, a térdizület kisfokú flexióban, a boka középállásban. Négy hétig tartó kötés, utána egy heti fekvés. Ezzel az eljárással elkerülhető a crus recurvatum ki fejlődése.

A radius alsó végének epiphyseolysis gyakori. Kisfokú dislocationnál gipszsin, középállású kezizület mellett. Nagyfokú dislocationnál repositio narcosisban, utána rögzítés, flectált kéztartásban feltett sínnel. Rosszul gyógyult törésnél a callust átvési.

A comb alsó végének epiphyseolysisénél nagyfokú dislocatio van, esetleg ideg- és érsérülés a fossa popliteában. Repositio: a térd hyperextensiója, húzása, utána hirtelen flexio az előkerült epiphysis-darabra, le- és hátrafelé gyakorolt direct nyomás. A térdizületet tompaszögű flexióba hozva, circularis gipszkötéssel rögzíti. Ezen eljárás mindig sikerrel jár.

Verebély Tibor (Budapest):

hozzászólásában Frangenheim által észlelt két, és saját észlelése alapján három csonttörésnél létrejött callus-cysta esetét tárgyalja, melyek közül az utolsó aseptikusan gyógyult szilánkos törés kapcsán jött létre. Keletkezését úgy képzei, hogy a szilánkos, aseptikusan záródott törés helyén vérömleny keletkezett, melynek elfolyósodása után a csonthártyazsák körülötte eltokolódik s így a savós tartalom nyílt összefüggésben marad a velőüreggel. Ennek átadott, közvetett lüktetése lett azután a cysta növekedésének megindítója és ezzel azon myelom-metaplasia okozója, mely az összes dysplastikus csontüregekre is jellemző.

Vidakovits Kamill (Szeged):

A Hints dr. által bemutatott esetben annak az eldöntése a legfontosabb, hogy a kórfolyamat jó- vagy rosszindulatú-e? Fischer Aladár dr. előadásához hozzátéve említi, hogy a Bardenheuer által idealisan megoldott fract. supracondylica kezelését egyszerűsítette kettős kaccsal, mellyel a distalis kis törvéget tetszés szerinti irányban lehet helyezni és rögzíteni. Jó eredménnyel használható a kettős kacs oly esetében a térdfeletti condylus törésének, ahol a térdízület derékszögű ankylosisa van jelen. A gyermekkori combcsonttöréseknél (ferde diaphysis-törés) leginkább ajánlja a Schede-féle suspensió eljárását mindkét végtag felfüggesztésével.

Ertl János (Budapest):

Ha a mandibula törései a conservatív kezeléssel nem gyógyulnak meg, osteoperiostealis plastikát végez, miáltal 6 hét alatt consolidatiót ér el. A pseudarthrosisokat ugyanígy oldja meg. A transplantatio előtt restructiót végez, hogy a befogadó circulatiós kapacitását helyreállítsa. Kétféle plastikát végez, merev és hajlítható rendszerűt, a mandibula megfelelő defectusai szerint. Hajlítható transplantatum segítségével sikerült teljes álkapocshiányokat is teljesen meggyógyítani.

Kuzmik Pál (Budapest):

Rosszul gyógyult törések helyett inkább rosszul gyógyított törésekről kellene beszélni, mert kellő szakértelemmel kezelve,

ezek nagyrésze elkerülhető volna. Mindazon esetekben, ahol a törvégek helyes beigazítása akadályokba ütközik, a véres beavatkozást ajánlja. Functionarius szempontból nagyon fontos a helyes utókezelés.

Lévai József (Budapest):

Az üzemi balesetektől származó rosszul gyógyult csonttörésekről szólva említi, hogy ezek nagyrésze műtéttel korrigálható volt. Ha a műtét teljes functionarius eredményt nem nyújtott, ennek oka az volt, hogy a beteg későn került műtetre, mikor már a lágyrészek sorvadása nem volt korrigálható. A rosszul gyógyult csonttörések okát a nem szakszerű első segélynyújtásban és a hiányos utókezelésben találja.

Klekner Károly (Nyíregyháza):

Inficiált, nyitott csonttöréseknél a nyílt sebkezelést ajánlja. Eljárása a következő: a sérült helyet szélesen feltárja és a csonthártyájuktól fosztott csontszilánkokat eltávolítja, majd a feltárt seb fölé rácsot helyezve, melyet pólyával rögzít, a Florschütz-féle extensio-suspensiókötést alkalmazza. Felső végtagon sínkötést tesz. Az eljárás előnye az, hogy mivel a kötés okozta nyomás elmarad, a lágyrészekben élénk nedvkeringés indul meg, minek következménye a gyorsan meginduló, élénk sarjadzás.

Böhm János (Budapest):

A lövésekkel kapcsolatos nyílt combtörések kezelésében jó eredménnyel jár a Zuppinger-féle függő extensio, kombinálva a Steinmann-féle szeggel. Ennél még előnyösebb a Koleszár-féle portatív extensió eljárás, mert a beteg szállítható, Röntgennel kontrollálható és az oldalsó pelották alkalmazásával a dislocatio ad axin és ad latus legtökéletesebben elkerülhető.

Köpits Jenő (Budapest):

Nagy rövidüléssel, ferdén gyógyult, nyílt, darabos csonttöréseknél paracallosus osteotomiát ajánl. Előnye, hogy ezáltal az általános fertőzés elkerülhető, mert a hosszas genyedéssel összegyógyult törési végeket nem kell szétválasztani. Nagy végtagrövidüléseknél ajánlja a cipő talpára alkalmazott zsámoly-szerű kiegyenlítő vastalpat.

Manninger Vilmos (Budapest):

Egyszerűbb töréseknél legjobb, ha azt a kezelési eljárást alkalmazzuk, amelyre be vagyunk gyakorolva, mert nagyon sokféle eljárással lehet kitűnő eredményt elérni. Vannak azonban olyan törések is, amelyeknél a normalis repositiós eljárásokkal célt el nem érünk, itt helyénvaló bizonyos esetekben a szögextensio. A pseudarthrosis műtéténél nem az a fontos, hogy a plastikát hogyan alkalmazzuk, hanem az, hogy a heget teljesen kiirtsuk. A csonttransplantatio nem versenytársa, hanem csak kiegészítője a varratnak.

II. TUDOMÁNYOS ÜLÉS.

II. Általános sebészet.

Hültl Hümér (Szombathely):

a taylorismus elveit a sebészetre alkalmazva megállapítja, hogy a műtőorvosi rátermettségre négy szempont irányadó: testi, szellemi épség, kifogástalan jellem, kézügyesség. A kiképzésben a műszerekkel való alapos megismerkedés után hullagyakorlatokkal kapcsolatban az elemi műtétek elsajátítandók, gyakorlott műtő mellett instrumentálás és assistálás révén kell a műtétek menetével alaposan megismerkedni. Ezek után kerül a sor műtétek végzésére előn, ismét gyakorlott műtő vezetése mellett, megállapított módszerrel. Minden műtét szakaszokra osztható, melyek közül a legtöbb typusos, csak egy-két atypusos szakasza van. Az előbbieknél igen gyorsan kell megtörténniök, ezeknek begyakorlásával lényegesen megrövidíthető a műtét ideje. A műtetre kerülő beteget három ártalom fenyegeti: maga a betegség, a műtét ártalma, az altatás vagy az érzéstelenítés mérgező anyagai. Jó technikával a műtégi ártalom lényegesen csökkenthető. Jó technikával prima gyógyulás érhető el akkor is, ha csökkent a beteg ellenállóképessége, tehát nagy technikai felkészültség mellett a sebészi beavatkozás tágabb teret nyerhet.

Pető Ernő (Budapest):

5 éves fiú nyelőcsövéből oesophagotomia útján egy sípot távolított el, melyet műtét előtt négy nappal nyelt le és amelyet a Röntgen a sternum felső szélével egy magasságban elhelyezkedettnek mutatott.

Két és fél éves gyermek tracheájában babszem akadt meg, mely 12 óra alatt megduzzadva, légzési zavarokat okozott. A már mállekony idegentest eltávolítása tracheotomia útján történt.

Harminchétéves betegnél colon-tumor miatt bélresectio történt. A praeparatumban egy a bélfalat perforáló fogpiszkálót találtak.

Huszonötéves férfibetegnél két év óta fennálló ileocecalis tumor észlelhető. Műtétnél az ileumnak a coecumba való benyúlásánál 27 szilvamagból álló tömeget találtak. Az idegentest valószínűleg a bél musc. mucosaejának védőreflexe következtében akadt meg.

Tizenhétéves öngyilkos férfi gyomrából tíz hét előtt lenyelt zsebkést, azonkívül húsz ólomlapot és 43 db. 7 cm-es drótszeget távolított el gastrotomia útján. Az eltávolítás után fellépő profus vérzés hamarosan megszűnt a gyorsan helyreálló gyomor-összehúzódások hatására.

Sándor István (Ujpest):

a *Magnol* nevű magyar készítménynek a sebgyógyításban való szerepéről értekeznek. A praeparatum basikus magnezium hypochlorit, mely lúgos közegben oxygent ad le. Baktericid hatása 1:1000 sublimátéval, vagy 3%-os karboléval egyenlő, mérgező hatása nincs. Legfeltűnőbb eredménnyel súlyosan fertőzött ipari sérüléseknél használható. A seb környéke vaselinnel kenendő be, magára a sebre egy réteg mullt helyez, erre pedig a Magnolba áztatott gaze-csomót, az egészet vízhatlan kötéssel fedi. A szer langyos oldatban seböblítésre, hólyagmosásra használható, hintőpor alakjában tisztán sebkezelésre, vagy bolussal keverve enyhébb fertőtlenítő hatás elérésére.

Schiller Károly (Budapest):

az *acut genyes pleuritisek kezelésében* a bántalom kezdetén, toxaemiás állapot esetén tehermentesítő *punctiót* végez. Ha a tüdő és a szív állapota javul és híg az exsudatum, a harmadik hét végén Iselin-féle zárt thorakotomia javallt. Ha a váladék sűrű vagy eltokolt, borda-resectiót végez aspirációval és vízmentes drainage-zsal. Nyílt borda-resectio csak tüdőtályog vagy gangraena melletti genymellúségnél indokolt. Kétoldali folyamat esetén az egyik oldali műtétet a másik oldali csak néhány nap múlva követi. Az utókezelésben fontos az aspiratio, a túlyomás és a tüdőgymnastika.

Vidakovits Kamill (Szeged):

a *tabeses gyomorkrízis műtéti kezelésére* szolgáló különböző eljárásokat illetőleg azon véleményének ad kifejezést, hogy legjobb a kombinált eljárás. Mint aránylag csekély beavatkozás, minden esetben megkísérélhető a szerző által 1909 óta alkalmazott intervertebrális alkohol-injectio, mely ha első alkalommal sikertelen volna, bármikor megismételhető. Ezen eljárásnak egyik nagy előnye az is, hogy legyöngült betegnél is alkalmazható.

Neuber Ernő (Budapest):

a *vérző emlőről* szól. Az emlőbimbóból ürülő vér vagy véres folyadék lehet complementaer jelenség, neurotikus vagy hysteriás zavaron alapuló. Sebészi kezelésre csak a polycystás elváltozású és a cystepitheliomás emlő alkalmas. Az előbbi folyamat az acinusok és a kötőszövet együttes megbetegedése, az utóbbi a tejutak hámból indul ki, szövettanilag nem malignus. Ezenkívül vérzik a haemangiomás, carcinomás és sarcomás emlő is. Szerző 10 esetéből 8 bolyhos daganat volt, 2 pedig rákos. A kezelés irányelve: a tumor eltávolítása és ha a szövettani lelet carcinomás elváltozást nem mutat, elegendő a mirigyállomány teljes eltávolítása, az izomzat és a hónaljárok megkímélhető. Szerző három cystepithelioma esetében a göb körüli tejutak falában apró, fiatal, bolyhos góccokat talált.

Ádám Lajos (Budapest):

kiterjedt bőrelhalások utáni anyaghiányok fedésénél Braun szerint úgy jár el, hogy a test valamely részéről vett Thiersch-lebenyeket 5 négyzetmilliméternyi darabkákra vágva, ezeket egyenként az anyaghiány sarjfelületébe dugdossa úgy, hogy azokat a sarjszövet fedi. Négynapos fedőkötés után a hámosodás a legtöbb esetben megindul, ellenkező esetben az eljárást megismétli. Egy os sacrum fölötti decubitus és egy szemhéj-szemüregdefectus esetén ezen módszerrel elért jó eredményéről számol be.

Király Jenő (Budapest):

Tizenhároméves fiún egy évvel a lúgmérgezés után nem szondázható nyelőcsőszűkület miatt *plastikát végezett*, miután előzetesen Witzel-sipoly segítségével a beteg állapotát feljavította.

Első ülésben Roux szerint vékonybél-kirekesztést akart végezni, miután azonban a magasabb vékonybélkacsok a Witzel-sipoly körül fixálva voltak, a vastagbélből resecált 30 cm-nyi darabot, ennek oralis részét a III. borda magasságában a bőrhöz kivarrtá, aboralis részét a gyomorral egyesítette. Hat hét múlva helyi érzéstelenítésben a nyelőcső nyaki részét kipraeparálta, az aboralis csonkot zárta és elsülyesztette, az oralisát a bőrhöz kivarrtá a jugulumban. A műtét harmadik szakaszát csak négy hónap múlva végezhetette, mert az oralis nyelőcső-csonkból kifolyó nyál a mellkas bőrén súlyos eczemát okozott. Ez alkalommal a mellkas bőréből képezett bőrcsövet összekötötte a nyelőcső és a vastagbél végeivel. Azóta az új nyelőcső jól működik. Lúgmérgezésnél tej és közömbösítő szerek beadása után azonnal vékony gummicsonvet vezet le az orron keresztül a gyomorba, amely cső 3–4 hétig eltávolíttatik, utána azonnal megkezdí a szondázást.

Manninger Vilmos (Budapest):

rosszindulatú daganatok igniexcisiója címmel beszámol azokról a végső eredményekről, amelyeket 1907 óta következetesen keresztülvitt methodikával, amelyről annak idején e helyen Vidakovits számolt be, 1000-et meghaladó ily műtéteivel elért. Cél: a tumorimplantatio kerülése, erős inger a környező szövetekre. Eredmény: a műtéti indicatiók nagyfokú kiterjesztése és 3–5 évig ellenőrzött tartós gyógyulás oly esetekben, amelyek az eddigi technikával inoperabilisak voltak.

Ádám Lajos (Budapest):

Manninger Vilmosnak »Rosszindulatú daganatok igniexcisiója« című előadásához hozzászólva arra int, hogy zárt carcinomák esetén nem szabad az igniexcisio kedvéért a zárt folyamatból nyitottat csinálni, mert esetleg egy állandó, bűzös nedvező fekély marad vissza.

III. TUDOMÁNYOS ÜLÉS.

Második főkérdés.

III. A prostata sebészete.

Illyés Géza (Budapest):

Kéziratot nem kaptunk.

Rihmer Béla (Budapest):

referatuma teljes szövegben megjelent: O. H. 1921. évfolyamának 42., 43. és 44. számában, valamint: Zeitschrift für Urologie 1922. évfolyamában.

Alapy Henrik (Budapest):

Egy eddig le nem írt kórképről referál, t. i. a *hólyagsipolyt viselő prostatikusok* vizelet- szék- és szélürüléskor fellépő s mindenféle kezeléssel dacoló *kínos fájdalmakról panaszkodnak*. Prostatektomia után a fájdalmak megszűntek. Histologice bizonyítja, hogy a hólyagnyálkahártya hyperaesthesiájának s ebből kifolyólag a tűrhetetlen fájdalmak oka: a nyitott hólyagban a prostata túltengett részlete és a tok közötti határrétegben kifejlődött chronikus gyulladás, mely csak a beteg prostata kiirtásával gyógyítható meg.

Boross Ernő (Budapest):

(Hozzászólás.) Kisebb vérzéssel és könnyebben távolítható el a prostata, ha segédünkkel a prostatát a végbél felől a trigonum vesicae-be emeltetjük, a hólyag nyálkahártyáját a legkiemelkedőbb ponton egy centiméter hosszúságban bemetsszük, ezen résben Kocher-féle strumaelevátorral a szöveteket lap-

szerűleg felemeljük és átmetszünk; midőn két ujjunk befogadására elég rést nyertünk, kihámozzuk a mirigyét. A prostata-gyógyulásához szükséges nyugalom biztosítása s esetleges urosepsis távoltartása céljából a húgycsővön át többablakos, igen vastag Nelaton-cathetert vezetünk a hólyagba, centralis végét a hólyagseben keresztül a hasfalhoz rögzítjük, melyen keresztül a hasfal felől rendszeresen öblíthetjük a hólyagot.

Szabó Ince (Budapest):

Behatóan foglalkozván a *pyelographiával*, felemlíti, hogy ezen fontos eljárás nem igen örvend elterjedtségnek a húgyivarszervi betegségek diagnostikájában, azért, mert az irodalomban vele kapcsolatosan különböző veseártalmak, sőt halálesetek is vannak publikálva. Ezen esélyek egy része a contrastanyagul használt kollargol mérgező hatásából, más része a helytelen technikában leli magyarázatát. A kollargol bejutva a sejtekbe fehérje-coagulatiót, sejthalált okoz. A véráramba jutva acut ezüstmérgezést s ennek folytán általános vérékenységet és a parenchymás szervek degenerációját okozhatja. Előadó 20%-os bromkáli-oldattal készíti a *pyelographiát*. Hetven pontosan észlelt eset kapcsán meggyőződött a szer teljesen ártalmatlan voltáról. Elért jó eredményeit több copióval demonstrálja.

Fischer Aladár (Budapest):

A pars pendula urethrae defectusainak és a hypospadiasis operálásának új módját ismerteti, melynek lényege az, hogy a hiányzó urethra-falnak a penisről vett, befordított lebenyekkel való kiképzése után ezen vékony, gyengén táplált lebenyeket nem borítja hasonló, ugyancsak vékony és rosszul táplált lebenyekkel, hanem az egész újonnan képzett húgycsőfalat egy bőven táplált, vérdús szövettömegbe, még pedig a scrotumba ágyazza be és így az új húgycsőfal táplálkozását biztosítja. Három-négy hét múlva a penist a scrotumról leválasztja, a keletkezett sebszéleket egyesíti.

Ádám Lajos (Budapest):

Paget-kór ritka esetét írja le a penisen, melyet operative szüntetett meg akképen, hogy a penis egész terjedelméről a

bőrt teljes vastagságában lefejtette, s az így megnyúzott penist a scrotum felpraeparált bőre alá helyezte. A glanst a scrotum alsó részén készített nyíláson át kibujtatva, odafixálta.

Klekner Károly (Nyiregyháza):

Ismerteti a *méhelőesések megszüntetésére* szolgáló *műtési eljárását*, amely abból áll, hogy az előesett méh alsó szakaszát laparotomia útján a promontorium vagy az ágyék-gerincoszlop alsó részéhez rögzíti s ezáltal egyszerű s könnyen kivihető műtéttel egy csapásra megszünteti úgy a méh, mint az azt kísérő hólyag- és végbélelőesést anélkül, hogy a gátplastikára és a méhnek sterilizálására szükség volna.

Manninger Vilmos (Budapest);

(Hozzászólás.) Dicséri az eljárást (*promontorio-fixatio*) prolapsus recti esetében is, mint azt már Kümmel ajánlotta.

IV. TUDOMÁNYOS ÜLÉS.

IV. A has sebészete.

Borszéky Károly (Budapest):

a *splanchnicus anaesthesia*séről beszél. A Kappis-féle eljárást használja. Beszúrás hosszú, vékony tűvel a processus spinosusoktól 7 cm-nyire oldalt, a XII. borda alsó széle mentén a csigolya testére érve a tű hegyét a csigolya mellső felületére toljuk elő, majd $50\text{ cm}^3\ 1\frac{1}{2}\%$ os novocaint fecskendezünk be. Veszélyei: 1. melléksérülések (aorta, vena cava), 2. novocain-mérgezés, 3. collapsus, 4. vérnyomás-süllyedés. Esetei $91\frac{1}{2}\%$ ában teljes anaesthesia volt, $3\frac{1}{2}\%$ nem volt teljes, $5\frac{3}{10}\%$ át narcotizálni kellett. A splanchnikus anaesthesia kiválóan alkalmas gyomor, vékonybél, máj, epeutak műtéteinél, hol a narcosis ellenjavallt.

Vidakovits Kamill (Szeged):

(Hozzászólás.) Felhívja a figyelmet arra, hogy a *splanchnicus anaesthesia* csak a coecumig terjed, a további részletek érzékenysége nem irandó az anaesthesia rovására.

Ádám Lajos (Budapest):

(Hozzászólás.) Mióta egy halálos elvérzést látott Kappis-eljárás után (aorta-sérülés), azóta a Braun-félet használja, hol a befecskendezés szemünk előtt történik.

Borszéky Károly (Budapest):

Zárszavában említi, hogy a medencebeli szerveknél nem alkalmazható az anaesthesia, de coecumresectiókat tökéletes anaesthesia-ban végezt.

Klekner Károly (Nyíregyháza):

a bélegyesítés oly módjáról tart előadást, mely lehetővé teszi, hogy a bél nyálkahártyáját az egyesítés utolsó pillanatában

metsszük át, úgyhogy azt abban a pillanatban el is sülyesztessük s így elkerüljük azt, hogy nyitott nyálkahártya mellett varrjuk.

Czukor István (Budapest):

a gyomor- és bélfekélyeknek a szabad hasüregbe való heveny átfürödéséről beszél. 34 esete közül 24 gyógyulást látott a korai műtét után. Legelső dolga a perforatiós nyílás megkeresése és ennek ellátása volt; ha a diagnosis kétséges, akkor ileocoecalis metszéssel való behatolást ajánl. Secundaer gastroenteroanastomosis tíz hét múlva.

Tóthfalussy Imre (Budapest):

Az *Eiselsberg-féle pylorus-kirekesztéséről*. A II. sz. sebészeti klinikán végzett pylorus-kirekesztés közvetlen műtéti és végleges gyógyulási eredményeiről számol be. Az *Eiselsberg-féle kirekesztés* *ulcus pylori* és *duodeni* olyan eseteiben indicált, mikor a beteg állapota nagyobb műtéti beavatkozást (*resectio*) nem enged meg. E műtétek után a gyomor chemismusa előnyösen megváltozik. Postoperativ *ulcus pepticum jejuni* az esetekben nem lépett fel gyakrabban, mint más gyomor-műtétek után.

Borszéky Károly (Budapest):

(Hozzászólás.) Szintén végzett jó eredménnyel ily műtéteket, a pylorus kirekesztése és a jejunalis fekély között nem lát okozati összefüggést.

Verebély Tibor (Budapest):

(Hozzászólás.) Saját tapasztalatai alapján igen sok esetében látott műtét után jejunalis fekélyt, azért e műtétet ma már nem használja.

Manninger Vilmos (Budapest):

(Hozzászólás.) Verebély nézetéhez csatlakozik, legjobbnak tartja az *ulcus resectióját*.

Keppich József (Budapest):

Állatokon végzett kísérleteivel sikerült neki mesterséges *ulcus jejunit* előidézni, ha *Eiselsberg-féle* eljárással a pylorust megtartotta,

Vidakovits Kamill (Szeged):

(Hozzászólás.) Szintén inkább a resectio híve.

Petz Aladár (Budapest):

Újfajta gyomorvarrógépről beszél. Ismerteti az eddig használt gyomorbél-varrógépeket (Hahn, Hüttl-Fischer). Műszere feltevése ugyanúgy történik, mint a gyomorfogóké s a készülék működésbe hozása útján, egymással párhuzamos sorban kapcsokkal varrjuk be a gyomrot. Előnye: könnyű, olcsó, egyszerű szerkezetű.

Vidakovits Kamill (Szeged):

A gastroenterostomia utáni bélelzáródás kóroktanáról beszél, annak is egy bizonyos fajtájáról, mely létrejön azáltal, hogy a belek a hátsó gyomor-bélszáj készítésénél a jejunumnak a gyomorhoz varrt, tehát odavezető kacsá és a mesocolon közé beszorulnak. Az odavezető kacs zárt gyűrűt képez, mely ha nyitva marad, alkalmas arra, hogy a belek belejutva, ott elzárassanak.

Verebély Tibor (Budapest):

Az epekő-sebészet néhány vitás kérdése címén a műtétet indicálnak tartja:

1. mechanikus elzáródás esetén,
2. gyulladás esetén,
3. ha a belgyógyászati kezelés dacára a gyulladás makacsul fennáll.

Tapasztalatai szerint az 50–75. életévek epekőbetegei közül 40% rákossá lesz.

Technika dolgában a műtét előtt urotropint ad, sárgaságos betegnél calciumot és serumot.

A localanaesthesiát nem tudta tökéletesen alkalmazni.

Metszésül a Kehr s Kocher-Sprengel-félet használja. A choledochust csak végig tapintja, nem sondázza meg minden esetben.

Choledochotomiánál T-csővel drainez. Kiirtás után tamponál.

Ilk Viktor (Budapest):

Adatok az epeutak sebészetéhez, különös tekintettel az ideális cholecystectomiára. Részletesen ismerteti az osztályon előfordult eseteket, majd a máj és epeutak sebészi megbetegedésével kap-

csolatos szövödményeket, a sebgyógyulás zavarait, az életkor szerinti előfordulást, a mortalitási eseteket, a metszés irányát, illetve milyenségét, az acut és chronikus gyulladások indicatióit, továbbá a beteg kezelését. Ezek után külföldi sebészek tapasztalatait adja elő, majd elmondja, hogy a Szent Rókus-kórház II. sebészeti osztályán az 1917 január 1-től 1921 szeptember 1-ig terjedő időben 77 cholecystektomia közül három esetben végeztek teljes hasfalzárást, midőn tekintetbe vették a jó peritonizáláson kívül a máj vérékenységet és a műtét lefolyását.

Az első esetben ileus miatt végeztek hasmetszést, mikor kiderült, hogy az epehólyagot majdnem teljesen kitöltő, tyúktójasnyi radiaer cholesterin-kő nyomta össze a flexura hepatica lumenét. A másik esetben cystikus kő volt, a harmadiknál pedig összenövéses zsugorhólyag. Mindhárom esetben az epehólyag subserosus leválasztását, a cystikus csont és a májagy peritonizálását végezve, teljesen bezárták a hasat. Mindhárom esetben fájdalomtalanul, nyolc nap alatt következett be a gyógyulás. Az ideális cholecystektomia végzésére feltétlenül szükséges, hogy a cystikus csont lekötése megbízhatóan tartson és hogy a májagy az epehólyag subserosus kifejtése után lehetőleg a peritoneummal beborítható legyen.

Mutschenbacher Tivadar (Budapest):

(Hozzászólás.) Ama nézetének ad kifejezést, hogy a cystikus csont és egy arteria femoralis lekötése között analógiát vonni nem lehet, mert az edény a lekötés felett thrombotizál, míg az epeút a ligatura lelökődése után megnyílik. Epekőműtétnél csak akkor szabad a hasüreget zárni, ha a májagy és cystikus csont serosáját éppen úgy reconstruáltuk, akár egy gyomor-bél műtétnél.

Manninger Vilmos (Budapest):

Az epeutak és a máj sebészetéhez hozzátéve, kiemeli, hogy megkísérélhető az ascites-folyadék levezetése a mellür felé is. Bársony Tivadar transpleuralis behatolást ajánl jobboldalt. A diaphragmát egy □ két átlójának megfelelően nyitja meg és a keletkezett négy lebenyt visszahajtva, levarrja a diaphragmához. Ezáltal egy négyszögű nyílás keletkezik, melynek szélein sebfelület nincsen, tehát nem valószínű, hogy a máj odanőjön. Ha a nyílás a májdomborulat tetején készül, akkor a máj és a

diaphragma közötti vékony rés garancia arra, hogy a folyadék nem hatol hirtelen a mellürbe és a bél sem hatol a nyíláshoz. E műtétet egy máj-cirrhotikus betegén hajtotta először végre, de végleges eredmény még nem mondhat.

Sándor István (Ujpest):

(Hozzászólás.) A papillotomia transduodenalist csak beékelt kő esetén tartja indokoltnak; egyébként fél a felszálló infekciótól. E műtétet 6–8 esetben kísérelte meg, de csak ott, ahol feltétlen jól lehetett mindent peritonizálni.

Borszék Károly (Budapest):

(Hozzászólás.) A Kehr-metszést elhagyja, mert gyakran sérveket lát utána. Laza hasfalak mellett a középvonalon készíti a metszést, különben szögletmetszést végez. Az epehólyagot lehetőleg retrograd úton metszi ki. A Kehr-drain az elszakadás bekövetkezésének eshetősége miatt nem alkalmazza. A drainen keresztül nem öblöget, mert rázóhideget lát utána. Icterusos betegeknél jó eredménnyel alkalmazta az optocalcil befecskendéseket és hangsúlyozza az utókezelés fontosságát.

Ádám Lajos (Budapest):

(Hozzászólás.) A korai műtétek híve. Legjobbnek a Kocher-metszést tartja. Az epehólyag kiirtását a ductus cysticus felől végzi. Choledochus drainaget ritkán végez; ha átjárható a choledochus, primaer choledochus-varratot képez. Nem híve a transduodenalis choledochotomiának, mert a duodenumot nem lehet a hasüreg elé hozni és extraperitonealisan operálni, a hasürben végzett bélműtéteknél pedig könnyen jöhet létre fertőzés.

Kuzmík Pál (Budapest):

(Hozzászólás.) Szerinte pozitív kódiagnózis esetén a műtét feltétlenül indicált, főleg akkor, ha súlyos icterus is van jelen. Choledochusköveknél használható a Kehr-féle drain. Nem hiszi, hogy a drain újabb kőképződésre adna okot. A recidiva nem mindig a műtét hátrányára irandó. Legideálisabb a bevarrás, de bizonyos fázással történik ez. Vérzés, epeszivárgás komoly veszedelemet rejthetnek magukban. Nem szükséges, hogy egy ilyen súlyos beteg nyolc nap múlva egészséges legyen.

Nem látja semmi hátrányát, ha egy vékony biztosító gascsikot vezet be. Így két-három hét múlva gyógyul a beteg. A median-metszést nem alkalmazza, mert ennél a drainezés eredménye nem megfelelő. Ha a seb szépen és jól, rétegszerűen van egyesítve, nem látja hernia kifejlődését és szerinte az eredmények jóknak mondhatók. Prophylaxis szempontjából is szükségesnek tartja a műtétet.

Lévai József (Budapest):

(Hozzászólás.) Felemlíti, hogy vannak betegek, kiknek panaszai nem jellegzetesek epekőre. A fájdalmak nem rohamszerűek, hanem tartósak. A főpanasz a rossz szájíz és az étvágytalanság, majd szédülés és álmatlanság. Ily esetben megvizsgálendő a vizelet coli-bacillusokra. Positív lelet esetén bizonyos, hogy az epehólyag a colonnal közlekedett. Ezért nem duzzadt az epehólyag, ezért nincsenek rohamszerű fájdalmak, ezért szédül és étvágytalan a beteg.

Hübsch Sándor (Budapest):

Hepaticoduodenostomia gumi-prothesissel. Előadását a gumi-prothesis gyakorlati fontosságának ismertetésével vezeti be, majd ismerteti egyik operált betegénél a műtét menetét. A prothesisnek a duodenumba való bevarrását alkalmazta. Itt mutatkozott a prothesis nagy előnye. Az epevezetés zavartalan volt s egyben biztosította a két lumen különböző hámbélésének összenövését és ezzel egy későbbi stenosis keletkezésének lehetőségét kizárta. A külső jó zárást a redőbe szedett bél serosájának pontos egyesítése biztosította. A beteg két hét múlva fennjárt, étvágya kitünő, icterus és szövődmény nem mutatkozott. Graviditása simán haladt tovább és két hónap múlva gyógyultán távozott a kórházból. A gumi-prothesis sorsát illetőleg azon esetekre utal, ahol a drain hónapokig, évekig változatlanul, baj nélkül helyén maradt, a kilöködés pedig akkor történt, amikor a képzett csatorna behámosodása teljes volt.

Fischer Aladár (Budapest):

(Hozzászólás.) Hangsúlyozza, hogy a hepaticus azokban az esetekben sérthető meg a legkönnyebben, ahol a cysticus

spiralisan csavarodik a hepaticus köré. Elmondja, hogy egy alkalommal a cysticus előhúzásánál a hepaticus is megsérült, a következménye egy hepaticus-sipoly volt. Ezen állapot hónapokig állott fenn. A megszüntetésénél úgy járt el, hogy eredeti Kehr-metszésből feltárta a műtét területét, a sipoly falát kipraeperálva, ennek mentén a hepaticusra jutott. A hepaticust is kipraeperálva, ezt implantálta a gyomorba, miáltal az epesipoly megszűnt. Betege hónapok óta jól van.

Hübsch Sándor (Budapest):

Gümös supraduodenalis mirigy által comprimált choledochus súlyos icterussal. Egy betegről számol be, aki cholecystitis, choledocholithiasis diagnosissal került műtetre. A műtétnél kiderült, hogy az epehólyag tyúktojásnyi, környezete szabad. A cysticusban több apró kő, a főepeutak szabadok. A máj alapon finom szalagos adhaesiók. A lig. hepatoduodenale supraduodenalis részében kis dió nagyságú, oedemásan duzzadt nyirokcsomó található, mely a choledochust comprimálta. A nyirokcsomó eltávolítása után cystektomia. A nyirokcsomót mikroszkopikailag megvizsgálva, kiderül, hogy a megbetegedés gümös természetű. A beteg a műtét utáni harmadik héten gyógyultan távozik. A pangásos icterus oka a tbc.-en elfajult és a cholecystitis folytán még jobban megnövekedett mirigynek a choledochusra gyakorolt nyomásának következménye. Ezt mutatja az icterus gyors eltűnése a nyirokcsomó eltávolítása után. Ez esetben pusztán cystektomia és az ezt követő drainage eredménytelen maradt volna.

Seenger Gyula Kornél (Budapest):

A máj sugárgomba-megbetegedéséről. A megbetegedés aetiológiáját felderítő esetekről referál. Egyrészt a vérpálya útján történő fertőzésre, másrészt a traumatikus alapon keletkező máj-aktinomykosisra hoz fel eseteket. Általában a máj sugárgomba-megbetegedése jóval elterjedtebb, mint azt a közvélemény hiszi és kimenetele szempontjából igen végzetes lefolyású. Kezelésére bő feltárást, Röntgent, jódkáliumot és az újabb miriont ajánlja.

Rosenák Miksa (Budapest):

A cseplesztorsio két esete és az idevágó irodalom kapcsán fejtegeti a cseplesztorsio műtét előtti kórisméjének nehézségeit. Saját tapasztalata és az irodalmi közlemények alapján a következő tünetcsoport figyelmeztet a cseplesztorsio lehetőségére: A körelőzményben fontos, hogy a régóta fennálló sérv, melyről a beteg vagy azt állítja, hogy mindig könnyen járt ki, most meg nem megy vissza és fájdalmas, vagy hogy a sérv minduntalan kicsúszott s néhány napja nem jön ki. A torsio nem hirtelen, collapsus kíséretében, hanem lassabban alakul ki. A fokozatos rosszabbodás alatt 37–39 fokig terjedő hőmérsék állhat be. Az oedemás, hypertrophizált cseplesz következtében a has alakja asymmetrikussá válhat. A bélelzáródás tünetei nem teljesek, hányás, csuklás, bőföggés mellett kevés szék és szelek távozhatnak.

Fischer Aladár (Budapest):

A mesenterium ileocoecale commune következtében fellépő colontorsiókról. Az idevágó irodalom és saját esetei kapcsán referál. Az eseteket két csoportra osztja: 1. nem teljes, időnként kisebb-nagyobb fájdalmakat okozó, chronikus obstipációval járó és 2. teljes, életet veszélyeztető, súlyos acut tünetekkel fellépő colontorsiókra. A colontorsiónál, mely az esetek nagy részében a bél tengelye körül, kisebb részében pedig a mesenterialis tengely körül történik, a coecum puffadása nagyfokú. Főleg óriási a táulás, ha a torsio folytán a vérellátás is zavart. A vérkeringési zavar a bélrészlet gangraenájához vezet. Klinikailag két typust különböztet meg, aszerint, hogy a csavarodással együtt rögtön bekövetkezik-e a bélfal táplálkozási zavara, vagy pedig ez csak később fejlődik ki. Az első typus ritkább. Tünetei: intenzív köldöktáji fájdalom, súlyos initialis reflex-hányás, collapsusszerű állapot; a coecum hirtelen táulás a táulás helyének megfelelőleg hasfal-rigiditas. Ha a tünetek után a gyors beavatkozás nem segít, diffus peritonitisben hal el a beteg. A második typus lefolyása nem oly viharos. A kórkép sokban az obturatiós ileusra emlékeztet. Tünetei: rohamokban jelentkező heves kólikák, fokozott peristaltica, bélkorgás. A kórképet initialis hányás vezeti be, mely megszűnve, 2–3 nap multán ismét jelentkezik. A coecum táján nyomási érzékenység, puffadtság, rigiditas nélkül. Erőbeni állapot kezdetben jó, ami

csak a bélintoxicatio előrehaladásával romlik le. Therapia csakis operatív lehet. A torsiót meg kell szüntetni, a bélrésztetet az eredeti állásba vissza kell hozni és itt fixálni. A legmegfelelőbb fixálási eljárásul a coecumnak és colon ascendensnek egy sor varrattal a fali hashártyához (ahol a hátulsó hasfal az oldalsóba áthajlik) való rögzítését ajánlja.

Sándor István (Ujpest):

Súlyos hashártyagyulladások kezelése gyomorsipoly segítségével. Ileusos és peritonitises esetek kapcsán fejtegeti a műtét előnyeit és hangsúlyozza, hogy még a haldoklóknál is áldásosnak bizonyul. A kezelésnek a következő feladatai vannak: elzárandó az újabb fertőzés kapuja, eltávolítandó a hasürből a geny és a toxikus béltartalom. Ez utóbbira szolgál az enterotomia. Tapasztalatai szerint a gastrostomia sokkal jobban eredményezi a beteg megkönnyebbülését, mint a gyomrába vezetett cső. Hasüri szúrás vagy lövési sérülés eseteiben, ha sok bélsár kerül a hasüregbe, prophylactice is végez gastrostomiát. A műtétet többek közt eredménnyel végezte egy 6 napos kizárt sérv, majd egy 2 napos sigma-szakadás esetében, mikor a szabad hasürben bélsárdarabok voltak. A beteg gyomrába kb. 1 cm külső átmérőjű csövet varr és annyi vizet ad a betegnek, amennyi a gyomrába regurgitáló bélsarat kimossa; a gyógyulás előrehaladtával egyre tisztább folyadék jön ki a csövön. Ha a beteg tűri, a csövet előbb egy órára, majd hosszabb időre fogja le; egynapos lefogás eltérése után pedig eltávolítja. Mivel a gyomrot nem varrja a peritoneumhoz, a sipoly két-három nap alatt záródik. A gastrostomiát nem friss gyomor- vagy duodenalis fekély perforációja esetén is hatalmas gyógytényezőnek tartja. Úgy nehéz gyomorműtéteknél, valamint peritonitisek kezelésénél a gastrostomiának mindig csak jó hatását látta, amiből a betegre kár még sohasem származott.

Sándor István (Ujpest):

Adatok az appendicitis vermicosa klinikájához. Az appendicitis kórfolyamatait — eltekintve az oxyuris toxikus ártalmaira visszavezethető formáitól — a következő alakokra vezeti vissza: 1. fertőzött oxyuris-sérülés, genyedés és phlegmonosus vagy tályogos appendicitis; 2. hegeképződés, megtöretés, szűkület,

sclerosis, összenövés, ebből kifolyólag pangások és gyulladás; 3. bélsárkő-képződés, ezáltal okozott nyálkahártya-sérülés és ennek másodlagos fertőződése; 4. tbc., typhus, vérhas, idegentestek. Feltételezi, hogy miként az ascarisok a vékonybélben görcsös összehúzódásokat okoznak, úgy az appendixben az oxyurisok tömeges jelenléte ugyancsak fokozott görcs-ingerelhetőséget okoz úgy az appendix izomzatában, mint esetleg erről áttérjedően a coecumban. Míg az appendix lumene szabad, addig láz és defense nincs jelen. Hogy a megbetegedés hirtelen, roham alakjában jelentkezik, arra vall, hogy a pangásnak bizonyos fokot kell elérnie, míg annyi toxin halmozódik fel, mely bejutva a mélyebb rétegekbe és a szervezetbe, a jellemző tüneteket kiváltja.

Elischer Ernő (Budapest):

Az appendicitis utáni diffus peritonitis kezeléséről. Ismereti 26 appendicitis utáni diffus peritonitis eset történetét, a műteti és kezelési eljárást. Mellőzve minden öblítési, mosási és antiseptikus eljárást, 30% gyógyulást mutat fel a legconservatívabb eljárás mellett, ami a geny lebocsátására, az appendix eltávolítására és a beteg erőbeli állapotának erősítésére irányult. A gyógyult esetek a peritonitis fennállását illetőleg 3 napon belüliek voltak. Műtét alkalmával jobbra billentve az asztalt, a genyes exsudatum még jobban kifolyik. Majd hosszú gaze-csíkokat vezet a Douglas-ür és a belek felé. A genyet lehetőség szerint felszívja és utána appendektomiát végez, majd a csont helye körül 4–6 jodoform-gaze-csíkot körben szétfektetve helyez el s a csíkok közepére 1–2 gombóc-tampon tesz. A gaze-csíkok közé elhelyezett két gaze-tampon-gombócot 4–5 nap múlva cseréli, a csíkok körül rakott gaze-t pedig naponta. Az eredeti csíkot csak a nyolcadik napon lazítja meg és távolítja el fokozatosan. A beteget magasra ülteti, így a hasüreg minden részéből előtóduló geny a kismedence felé tart. A szervezet folyadékvesztiségét Murphy-Katzenstein szerint pótolja.

Ádám Lajos (Budapest):

A féregnyúlvány izolált kizáródása lágyéksérvben. Egy férfit operált, aki jobboldali herniáját két nap óta vissza-

helyezni nem tudta. A sérvtömlőben lúdtojásnál nagyobb, livid daganatot talált, melynek proximalis része mutatóujj vastagságú, bélszerű képletben folytatódott. A sérvkapu felhasítása után kitűnt, hogy a képlet a tövénél leszorított izolált appendix. A hasürben helyet foglaló coecum elváltozást nem mutatott. Esete az »appendix incarcerata in hernia« csoportba tartozik, mely ritka megbetegedés. Klinikai diagnosisa az appendix primaer kizáródásának nem tehető meg; cseplesz- és Littre-sérv mellett gondolni lehet reá, ha a bél-passage szabad. A prognosisa az appendix állapotától függ. A therapia csak az appendix eltávolításából állhat.

Verebély Tibor (Budapest):

(Hozzászólás.) Mint újabb lehetőséget sorozza az eddigiek mellé: a volvulus appendicis in hernia. Egy 80 éves férfi jobb-oldali kizárt lágyéksérvében bőséges, vörhenyes sérvvízben az alapján megcsavarodott féregnyúlvány feküdt. A sérvtömlőbe a hasüregből szűknyakú nyílás vezetett, melyet a hasüreg felől szelepszerűen elzárt a reászoruló coecumfal; a sérvtömlőben ki volt feszítve a féregnyúlvány, melynek csúcsán jókora diónyi, vékonykocsányú, gömbölyű lipoma feküdt, amelyet ellenkező polusán finom, három centiméter hosszú hegkötég rögzített a tömlő csúcsához. A lipoma tehát ki volt feszítve egy kötegen, mely felül mint féregnyúlvány indult ki a coecumból és lent mint heges köteg végződött a tömlő csúcsán. A lipoma már most 360 fokra meg volt csavarodva, úgyhogy a csavarodás helye fenn a féregnyúlvány basisára, lenn a heges köteg közepére esett. Az egész kötegnak csavarodás okozta megrövidülése szorította rá a coecumot a tömlőnyílásra, ami viszont a tömlő elzárása folytán a sérvvíz felgyülemlésének volt feltétele. A féregnyúlványon a véres tömülés jellemző képe volt látható. Az eset zavartalanul gyógyult.

Schischa Lipót (Budapest):

Féregnyúlvány gyulladással szövődött chronikus invaginatio esete. A következő esetről referál, melyről eldöntetlen, hogy az appendicitis okozója lehetett-e az illeocoecalis invaginatio-nak, vagy a féregnyúlványt stranguláló invaginatio idézte-e elő az

appendicitist. Jobboldalt, a coecalis tájon nyitja meg a hasat. Az ileum alsó szakasza a coecumba és a colon ascendensbe invaginálódott; kissé retrocoecalisán fekvé előtűnik az appendix, melynek töve szintén invaginálódott. Az appendix egész lefutásában odanőtt a coecumhoz; peripheriás része a Poupart-szalag mögötti, diónyi resistenciában tűnik el. Ezt a falról leválasztva, egy diónyi tályog nyílik meg. A cseplesz egyik csücske szintén résztvesz a tályog eltokolásában. Appendix-amputálás és cseplesz-resectio után kitakarítja a tályogot és a coecumot a tályog helyére reponálja, hogy az ott képződő összenövések ezt lehetőleg fixálják. Hasfalvarrat, drainage; körlefolysis zavartalan, a beteg huszonkét nap mulva gyógyultan távozik.

V. TUDOMÁNYOS ÜLÉS.

V. A végtagok sebészete.

Mutschenbacher Tivadar (Budapest):

Kétoldali idült vállficam gyógyítása Dollinger-féle műtéttel.
Egy beteget mutat be, kinél ismeretlen kórok folytán a felső végtagok luxatiója állott elő, és kinél a Dollinger-féle műtét teljes gyógyulást eredményezett.

Klekner Károly (Nyíregyháza):

Tibiahiány pótlása. Egyéves fiúgyermeket mutat be, kinél a jobb alszáron lévő veleszületett tibiahiányt u. a. alszár fibulájának transplantatiója által képes volt meggyógyítani, úgy, hogy a fibula átvette teljesen a tibia funkcióját.

Kopits Jenő (Budapest):

A combcsont csípőizületi végének deformálódása, mint a világrahozott csípőizületi ficamodás tökéletes gyógyulásának az akadályai címen ismerteti a fejecs különböző eredetű deformításait.

Hüttl Tivadar (Budapest):

Az ostitis fibrosáról. Az I. sz. sebészeti klinikán észlelt négy eset kapcsán tárgyalja az ostitis fibrosák csoportjába tartozó kórképeket. Különbséget tesz az ostitis fibrosa és ostitis deformans között; ez az elkülönítés csupán klinikai és bonctani alapon vihető keresztül, kórszövettani alapon nem. Kóroktani tényezőként úgy az ostitis fibrosánál, mint az ostitis deformansnál a belsősecretiós mirigyműködés zavarát veszi fel.

Ertl János (Budapest):

Műtéti eljárások fistulosus csontüregek végleges meggyógyítására. Már a békesebészetben az osteomyelitisek után előforduló csontüregek megoldása is fontos fejezetnek bizonyult, mely kérdés a háború következtében előállott posttraumatikus osteomyelitisek megoldása miatt úgy socialis, mint nemzetgazdasági szempontból még inkább előtérbe került, mivel a rokkanttá váltaknak 60–80%-át ezáltal meg lehetett gyógyítani. Az általa kidolgozott periost-corticalis plastikai eljárás lényege az, hogy a periosteumot a csonttal összefüggésben kis pikkelyek alakjában vési le, mely pikkelyeket az alatta lévő csontüregbe fektette, miután annak falait lejtősekké tette. Ezen periost-corticalis pikkelyek rögzítése közösleges szögeket ajánl, melyeket a 4–6. napon távolít el. Nem feltétlenül szükséges, hogy pikkelyekkel az egész csontüregot kitöltsük, mert ha ez nem is sikerül, 8–10 hét alatt rendszeren behámosodik. A csontpikkelyek ezen odatapadási természetüket nem steril esetekben is megtartják.

Böhm János (Budapest):

Sérülések utáni csonkolások. Statisztikai adatokat közöl a Szent Rókus-kórház I. sebészeti osztályán az utolsó két és félévi első segélyben részesült 4547 sérültről.

Manninger Vilmos (Budapest):

Hozzászólásában említi, hogy kivérzett betegeknel a transfusio alkalmazásától jó eredményt látott.

VI. TUDOMÁNYOS ÜLÉS.

VI. Betegbemutatás.

Vertán Emil (Pécs):

Egy ritka fejlődési rendellenesség operatioja révén nyert készítményt mutat be. A 28 éves nőbeteg 1920 szeptemberében került Pécs városi osztályukra, a köldöksipoly azon fajtájával, melyet nyitvamaradt urachusnak neveznek. Laparotomia alkalmával csakugyan kitűnt, hogy egy a hólyag fundusához vezető fistula vesico-umbilicalis van jelen, mely járatnak teljes kiirtása után prima gyógyulás következett be.

Vertán Emil (Pécs):

Ezután a »karóbaesések« csoportjába tartozó, műtéttel gyógyított sérülésről számol be. Egy 22 éves földművesről van szó, ki 6 méteres szénakazalról a kocsi mellé állított szénavongálóba esett. St. praes.: igen elesett, anaemiás, filiformis pulzusú beteg, jobb combhajlatában a lágyrészekbe ékelt s a hasüreg felé folytatódni látszó, 3 cm széles hengeres farészlet látható, mely mellől kevés vér szivárog. Kifejezett defense az egész abdomen felett. A sérülés után 12 órával végzett műtét alkalmával pedig nyilvánvalóvá lesz, hogy a vena femoralis sérülése és a funiculus nagyfokú roncsolásán kívül két vékonybélkacsot és a coecumot is átfúrta az idegentest. (Femoralis-lekötés, extirpatio testis, sutura intestini et coeci, appendectomy.) Három hónap múlva teljes gyógyulás.

VII. A fej és nyak sebészete.

Ollé Imre (Budapest):

Agynyomási tüneteket okozó *viszeres aneuerysma az arteria carotis communison.*

A különböző aneurysmaféleségek ismertetése után, peripheriás pangással járó, műtéttel gyógyított, baloldali, tojásnyi aneurysma esetéről számol be, mely egy 26 éves földműves carotis com. és a vena jugularisának sérüléséből keletkezett oly módon, hogy a megnyílt lumenek közül a körzeti ütőér és a centralis jugularis-
csonk elzáródott. Ennek az volt a következménye, hogy a car. com. kb. 120 mm-es nyomás alatt álló vére szabadon átömlött a vena jugularis interna nyomás nélküli ürterébe; a vena jugularisnak e területtől fölfelé nem lévén sem billentyűje, sem anastomosisa, a nyomás teljes egészében tovább adódott a koponyaüregbe, hol súlyos agynyomási tüneteket, így majdnem teljes vaksággal járó papillitist hozott létre. A sérülés után két évvel végzett műtét, mely a carotis communis és jugularis lekötésében állott, azonnal gyors javulást és gyógyulást eredményezett. (Látás nagyfokban javult, fejfájás elmúlt, abducens és recurrens hűdés eltűnt, két hét múlva kísérő nélkül hagyta el a klinikumot.)

Borszék Károly (Budapest):

A traumás epilepsia sebészeti terapiájának végeredménye megítélésénél két csoportot különböztet meg. Az elsőbe tartozó eseteknél (csontthorpadás, megvastagodás, az agyat fedő képletekbe ékelt idegentest) a kiváltó ok megszüntetésével állandó gyógyulásra számíthatunk, feltéve, hogy a betegség hosszú időn keresztül való fennállása következtében az agykéregben másodlagos elváltozások nem keletkeztek. Tizenegy operált esete közül véglegesen gyógyult 8, javult 2, nem gyógyult 1. A második csoportba azokat az eseteket sorolja, melyeknél a koponyaüregben lezajlott lobos folyamatok következményei, vagy a kemény- és lágyagyburkok, illetve agyállomány hegei, avagy az agykéreg rögzítettsége okoznak epilepsiát. Az ide tartozó 12 esete mindegyikében Witzel-féle enkephalolysist végzett, fascia-zsírleány átültetéssel; a meglévő csontthiányt nem pótolta. Gyógyult 5, javult 2, nem javult 3, meghalt 2. Az eredmények javulását csak úgy reméli, ha az ilyen betegek minél hamarabb kerülnek műtetre.

Ertl János (Budapest):

Hozzászólásában hangsúlyozza, hogy nagyfokú és gyakran ismétlődő epilepsiás rohamoknál agycysta jelenlétére kell gon-

dolni, mikor is a következőképen jár el: a cysta elülső falát jól mobilizálja, a cysta falait óvatosan kikaparja, scarifikálja. Ezután a fejet oly helyzetbe fekteti, hogy a cysta falai összeessenek. A falak összeilleszkedését az agy pulsatiós és respiratiós mozgásai elősegítik, úgy, hogy a cysta teljesen eliminálódik. Ha az összefekvés teljes, úgy a csontos pótlást is elvégzi. A liquor-szivárgás 2–3 nap múlva megszűnik. Ha a cystafalak az agy felszín felé néző részen nem esnek össze, úgy eláll a csontos pótlástól s a sebet a beteg ily fejtartásával félig nyitva kezeli, mire az 1–2 hét alatt kigranulálódik. A zsírszövetet nem tartja megfelelő transplantációs anyagnak. A kezdődő epilepsiás rohamot a defectusra alkalmazott aethylchlorid sprayvel több ízben sikerült megszüntetnie.

Sárkány Géza (Budapest):

Az Új Szent János kórházban végzett *négy totalis és ugyanannyi részleges rhinoplastikáról* számol be, betegbemutatók kapcsán. Az ismeretes módszerek közül a Lexer által tökéletesített, homlokról vett csont-periost bőrlebens nyeles átültetését ajánlja. Hangsúlyozásával a következőknek: az olasz methodus utólagos csontbeültetéssel célszerűtlen, mivel az inplantatum teljesen vagy nagyrészt felszívódhat. A műtét időpontja, a recidiva veszélye miatt, csakis az alapbántalom teljes lezajlása után következett be. Fontos, hogy minden heges szövet, tekintet nélkül a támadó defectus nagyságára, a plastika előtt eltávolíttassék, mert különben a heges zsugorodás a plastika alakját torzíja.

Lévay József (Budapest):

A golyvaműtét vitás kérdéseiről. 100 golyvaesetet azonos elvek szemmeltartásával, egyöntetű eljárás szerint operált. Ezeknél a műtéteknél nyert tapasztalatait a következőkben összegezi:

1. A golyvaműtét helybeli érzéstelenítéssel történjék (csak 15 éven aluli gyermekeket és hiányos intelligentiájú egyéneket bódít).
2. A golyvára vezető főűtőerek törzse praeventive alákötendő, mind a négy art. thyreát (esetei közül 41-szer) minden káros következmény nélkül alá lehet kötni.
3. A nervus recurrens és epithel-testeknek megóvása érdekében a golyva szabály szerint resectio útján irtandó ki.
4. A golyva belső és hátsó részéből

és a tokból meg kell hagyni annyit, hogy a csont beborítható és varrattal egyesíthető legyen. 5. Az átmetszett lágyrészek rétegenként, minden drainezés nélkül egyesítendőek.

Manninger Vilmos (Budapest):

Hozzászólásában teljesen egy nézetet van az előadóval, hogy jobb eredményt ad a kétoldali resectio, és hogy jó a négy verőértörzsnek előzetes lekötése. Az utóbbit az eredeti De Quervain-eljárás szerint végzi, amikor vena-ligatura alig kell. Szemben az előadóval azonban épp a resectióknál ajánlja a draint, amelyet 24 órára a műtét után távolít el, amikor feladatát (a primaer sebváladék levezetését) befejezte. Ily módon secundaer infectiót sohasem látott.

Vidakovits (Szeged) és **Klekner** (Nyíregyháza)

szintén a drainezés mellett foglalnak állást.